

الأوراق المطلوبة لطلب المساعدة الطبية من (الدولة) AME

CARTE FAMILIALE D'ADMISSION A L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT

Item	CHAMTS				
Prénom	AMELIE				
Immatriculation	2 82 10 99 235 629 / 12				
Date de naissance	02-02-1982				
Adresse	12, rue du cheval blanc Appt B - Bat 23 94000 Montreuil				
Droits AME du	28-10-2010 au 25-10-2011				
Prise en charge	100% des soins dans la limite Des tarifs de responsabilité :	Caisse d'assurance maladie	Code régime	n° mutuelle	Code contrat
		CPAM de Seine Saint Denis	085	75000017	04

1. وثيقة تعريف بالشخصية :

جواز سفر، هوية شخصية، كرت إقامة تم الحصول عليه مسبقاً، شهادة ميلاد، دفتر العائلة.

جواز السفر = النسخ مؤبولة اذا كانت مقروءة بشكل واضح

في حال عدم توفر أي من هذه الوثائق : يمكن استبدال بطاقة الطالب أو رخصة القيادة



2. صورة شخصية (عدد 1)

نقط لآلشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 16 سنة



3. إثبات التواجد على الأراضي الفرنسية بشكل غير شرعي لمدة تكون أكثر من ثلاثة أشهر وأقل من اثني عشر شهراً

يُؤيّل : شهادة صادرة عن أطباء من العالم، نائورة كهرباء EDF، إقامة في الفندق، شهادة إيواء مع تحديد تاريخ وصول الشخص...

ال يُؤيّل : وصنة طبية، تذكرة قطار / طائرة...

في حال كان الدخول عن طريق نيزا : يجب الانتظار مدة 3 أشهر اعتباراً من تاريخ انهاء الصالحة



Rouen, le mardi 26 mars 2019

ATTESTATION DE PASSAGE

Madame, Monsieur,

Nous soussignés, Médecins du Monde, attestons par la présente que :

M/Mme : _____

Né(e) le : _____

A été vu(e) en consultations le :

Date
25/05/2016

Attestation établie pour servir et valoir ce que de droit.

Médecins du Monde

4. عنوان سكن

إم شهادة عنوان لنذوي البريد
(domiciliation) صادرة عن
منظمة (CCAS) "مركز مشترك للنشاط
الاجتماعي"
أو مؤسسات معترف بها)



DEMANDE D'ÉLECTION DE DOMICILE
Décret n° 2016-641 du 19 mai 2016 relatif à la domiciliation des personnes sans domicile stable

15548*01

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Mme M.

Nom(s) : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : ___/___/___ Lieu de naissance : _____

Nom(s) et prénom(s) des ayants droit : _____

أداة إيواء مكتوبة بخط اليد + إيصال دفع
الاجار / إثبات إقامة ألكثر من 3 أشهر

Nom – Prénom

NOM ET ADRESSE
DU DESTINATAIRE

Adresse
Ville -code postal
Tel :
E-mail :

Objet : attestation sur l'honneur d'hébergement ,

Je, soussigné *Monsieur Dupont Marc*, déclare sur l'honneur héberger à titre gratuit
Madame Dupont Jacqueline, né le 01/01/1980 à mon domicile situé au [*indiquez
l'adresse complète*] depuis le [*stipulez la date de début d'hébergement*].

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à **Paris**, le **20/08/2013**

Signature :

Pièces jointes :

- Copie de ma Carte d'Identité Nationale
- Facture edf à mon nom,



5. شهادة إثبات الموارد المالية المكتسبة في السنة السابقة

ملئ استمارة CERFA



الحصول على مساعدة طبية من الدولة (AME) عن طريق منظمة أطباء من العالم



شرح عن المساعدة الطبية من الدولة
تحضير الملف

إثبات تواجد لأكثر
من 3 أشهر ؟

موعد من أجل
تاريخ تسليم
ملف الـ AME

عنوان : عنوان بريدي
أو شهادة إيواء



انتظر شهرين

CPAM (Assurance Maladie).
50 Avenue de Bretagne 76100 Rouen.
Ouvret du lundi au vendredi 8h30-12h et 13h-16h30

ماذا تفيد المساعدة الطبية من الدولة (AME) ؟



خلال سنة واحدة

يجب تجديد AME في
غضون شهرين قبل تاريخ
انتهاء الصلاحية المدون على
بطاقتك.

الذهاب إلى مؤسسات علاجية عمومية

عدم الدفع للطبيب أو لشراء الأدوية عندما
أكون مريضاً



مركز صحي



أطباء



أدوية